

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Acesso e acessibilidade em dois centros de diagnóstico pneumológico de Lisboa*

Access and accessibility to two chest disease centers of Lisbon*

MIGUEL VILLAR**, MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES***

Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova – Amadora
Centro de Diagnóstico Pneumológico da Alameda – Lisboa

* Apresentado, como *poster*, no XVI Congresso de Pneumologia, Lisboa, Novembro de 2000

** Assistente Graduado de Pneumologia, Médico Responsável do Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova.

*** Assistente Graduada de Pneumologia, Médica Responsável do Centro de Diagnóstico Pneumológico da Alameda.

Recebido para publicação: 01.06.19

Aceite para publicação: 01.10.12

RESUMO

A introdução constante de medidas para melhorar a acessibilidade dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde levou os responsáveis dos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP's) da Venda Nova (VN) e Alameda (A) a efectuarem um

estudo retrospectivo sobre o funcionamento, nesta área, nos seus Serviços.

Para o efeito, fizeram a revisão de todos os processos clínicos das pessoas que se inscreveram pela primeira vez na consulta dos respectivos CDP's durante 1999, correspondendo a um total de 1637 inscritos (764 no CDPVN e 873 no CDPA), tendo avaliado separadamente os “casos de tuberculose” de os “casos não tuberculose”.

Além dos dados demográficos, avaliámos também o tempo decorrido entre a apresentação e a realização da 1ª consulta no CDP, quem conduziu a pessoa ao CDP e também a sua situação em relação ao Centro de Saúde. Nos “casos de tuberculose”, além da sua forma de apresentação, avaliámos igualmente o tempo decorrido entre o início das queixas e qualquer 1ª consulta, qual o local onde foi feito o diagnóstico e o tempo decorrido entre o início das queixas e o início do tratamento. Nos “casos não tuberculose” avaliámos também o destino dado às pessoas.

Verificámos que há diferenças de acesso e acessibilidade entre os dois CDP's, que a tuberculose representa, respectivamente, 39,7% e 37,8% dos casos inscritos como 1ªs consultas e que há, nos “casos não tuberculose”, um número significativo de altas por *doença pulmonar não confirmada* ou por *perdido de vista da observação*, o que nos leva a questionar os critérios de envio destes utentes à consulta dos CDP's.

REV PORT PNEUMOL 2001; VII (6):

Palavras-chave: acesso, acessibilidade.

ABSTRACT

Considering the permanent introduction of measures to improve accessibility to the National Health Service, as responsables for Venda Nova (CDPVN) and Alameda (CDPA) Chest Disease Centers, we decided to do a retrospective study to evaluate what is really happening in our two Centers.

We revued all clinical records of people who went, for the first time, to our consultation during 1999, corresponding to 1637 records (764 in CDPVN and 873 in CDPA). “Tuberculosis cases” were evaluated separately from “non-tuberculosis cases”.

Along with demographic data, we also evaluated time elapsed between booking and accomplishment of the first consultation, who sent the people to our Centers and the relationship with their General Practitioner / Health Center.

In the “tuberculosis cases”, besides form of presentation, we also evaluated the time elapsed between the beginning of the complaints and the accomplishment of any first consultation, were was the diagnosis done and which was the time elapsed between the beginning of complaints and beginning of treatment. In the “non-tuberculosis cases”, we also evaluated the destination given to people.

We verified that there are differences in the access and accessibility between both Centers, that tuberculosis represents, respectively, 39,7% and 37,8% of first consultations and that, in the “non-tuberculosis cases”, there are a significant number of people without lung disease or that never returned after first consultation, which makes us question about the criteria used by our colleagues to send these people to our Centers.

REV PORT PNEUMOL 2001; VII (6):

Key-words: access, accessibility.

INTRODUÇÃO

A introdução constante de medidas para melhorar a acessibilidade das pessoas ao Serviço Nacional de Saúde levou os responsáveis dos Centros de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova (CDPVN) e da Alameda (CDPA) a efectuarem um estudo retrospectivo do acesso e acessibilidade aos CDP's respectivos, não só para saberem, dum modo concreto, o que na realidade se passa nos seus Serviços mas também para terem a noção se há razões que justifiquem alguma alteração.

RESULTADOS

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feita a revisão de todos os processos clínicos das pessoas que se inscreveram pela primeira vez na consulta dos respectivos CDP's no decurso de 1999, tendo sido estudados separadamente os “casos de tuberculose” dos “casos não tuberculose”.

Avaliámos não só o sexo, a idade e a raça das pessoas, mas também o tempo decorrido entre a sua apresentação no CDP e a realização da 1ª consulta, assim como quem os orientou para o Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Nos “casos de tuberculose” avaliámos ainda qual o local de realização da 1ª consulta, o tempo decorrido entre o início das queixas e qualquer 1ª consulta, o local onde o diagnóstico foi feito e qual o tempo que mediou entre o início das queixas e o início do tratamento. Para terminar, propusemo-nos também avaliar a relação das pessoas com o Centro de Saúde da sua área de residência e, nos “casos não tuberculose”, qual tinha sido, após a consulta no CDP, a orientação dada.

No ano em estudo, tivemos um total de 1607 primeiras consultas, 750 no CDPVN e 857 no CDPA (Fig.1). Na Venda Nova, **298** (39,7%) 1^{as} consultas foram de **“casos de tuberculose”** [187 do sexo masculino – 62,7% e 111 do feminino – 37,3%, com uma idade média de \pm 29,5 anos – mínima de 9 meses e máxima de 84 anos, sendo 198 de raça caucasiana – 66,2%, 97 de raça negra – 32,4% e 4 de outras raças] e **452** (60,3%) eram de **“casos não tuberculose”** [239 do sexo masculino – 52,9% e 213 do feminino – 47,1%, com uma idade média de \pm 48,1 anos – mínima de 10 meses e máxima de 85 anos, sendo 391 de raça caucasiana – 86,5%, 57 de raça negra – 12,6% e 4 de outras raças] (Fig.2). No CDP da Alameda, houve **324** (37,8%) primeiras consultas de **“casos de tuberculose”** [196 do sexo masculino – 60,5% e 128 do feminino – 39,5%, com uma idade média de \pm 36,4 anos – mínima de 1 ano e máxima de 87 anos, sendo 264 de raça caucasiana – 81,5%, 47 de raça negra – 14,5% e 13 de outras raças] e **533** (62,2%) de **“casos não tuberculose”** [256 do sexo masculino – 48% e 277 do feminino – 52%, com uma idade média de \pm 51,9 anos – mínima de 7 anos e máxima de 90 anos, sendo 513 de raça caucasiana – 96,2%, 17 de raça negra – 3,2% e 3 de outras raças] (Fig.3).

Ao analisarmos qual tinha sido o tempo decorrido entre a apresentação no CDP para marcação das 1^{as} consultas e a sua realização, verificámos o seguinte. No CDPVN, para os “casos de tuberculose” ou sua suspeita, o tempo médio decorrido foi de 2 dias, com um mínimo de 0 e um máximo de 20 dias, mas se considerarmos apenas a tuberculose doença, o tempo médio baixava para 1,6 dias (mínimo de 0 e máximo de 15). Para os “casos não tuberculose” verificámos que o tempo médio foi de 5,9 dias, com um mínimo também de 0 mas um máximo de 30 dias. No CDPA, para os “casos de tuberculose” ou sua suspeita, o tempo médio decorrido foi de 1 dia com um mínimo de 0 e um máximo de 32, considerando o total de casos, mantendo-se os mesmos intervalos de tempo se analisarmos só os casos de tuberculose doença.

Neste CDP, para os “casos não tuberculose”, constatámos que o tempo médio foi de 7,8 dias, com um mínimo de 0 e um máximo de 183 dias.

Analisando quem orientou as pessoas para os respectivos CDP's, no da Venda Nova verificámos que, dos “casos de tuberculose”, 132 (44,3%) foram enviados pelo hospital, a sua grande maioria pelo Hospital Fernando da Fonseca (Amadora/Sintra), 55 (18,5%) pelos Centros de Saúde, 19 (6,4%) foram endereçados por outro serviço ambulatorio (médicos privados, saúde ocupacional), 88 (29,5%) foram da iniciativa do CDP (fundamentalmente casos de tuberculose infecção) e 4 (1,3%) por iniciativa própria. Dos “casos não tuberculose”, 23 (5,1%) foram enviados pelo hospital, 320 (70,8%) pelos Centros de Saúde, 26 (5,7%) por outro serviço ambulatorio, 47 (10,4%) foram da iniciativa do CDP e 36 (8%) por iniciativa própria (Fig.4). No CDP da Alameda, dos “casos de tuberculose”, 177 (54,6%) foram enviados pelo hospital (a sua grande maioria pelos Hospitais Cívicos de Lisboa), 46 (14,2%) pelos Centros de Saúde, 23 (7,1%) por outro ambulatorio, 70 (21,6%) foram da iniciativa do CDP e 8 (2,5%) por iniciativa própria. Dos “casos não tuberculose”, 56 (10,5%) foram encaminhados pelo hospital, 369 (69,2%) pelos Centros de Saúde, 47 (8,8%) por outro serviço ambulatorio, 29 (5,4%) por decisão do CDP e 15 (2,8%) por iniciativa própria (Fig.5).

Analisando mais pormenorizadamente os “casos de tuberculose”, apurámos que a 1^a consulta dos doentes inscritos no CDPVN foi realizada, em 134 casos (45%), no hospital, em 56 (18,7%) no Centro de Saúde, em 97 (32,6%) no CDP e em 11 (3,7%) noutro local; o tempo decorrido entre o início das queixas e a realização de qualquer 1^a consulta foi, em média, de 30,1 dias (mín. 0, máx. 360). Por seu lado, o diagnóstico da tuberculose foi, em 120 casos (40,3%) feito no hospital, em 7 (2,3%) no Centro de Saúde, em 169 casos (56,7%) no CDP e em 2 casos (0,7%) noutro local. O tempo decorrido entre o início das queixas e o início do tratamento foi, em média, de 75 dias (mín. 0 máx. 1825) (Fig.6). No CDPA, a 1^a consulta dos doentes inscritos foi efectuada no hospital em 184 casos (56,3%), no Centro de Saúde em 34 (10,5%), no CDP em 62

(19,1%) e em 44 (13,6%) noutro local; o tempo decorrido entre o início das queixas e a realização de qualquer 1ª consulta foi, em média, de 40,5 dias (mín. 0 máx. 860), o diagnóstico da doença foi, em 183 casos (56,5%) obtido no hospital, em 4 (1,2%) no Centro de Saúde, em 126 (38,9%) no CDP e em 12 (3,7%) noutro local. O tempo percorrido entre o início das queixas e o início do tratamento foi, em média, de 58,3 dias (mín. 0 máx. 820) (Fig.7).

Passando à relação das pessoas com o Centro de Saúde, na Venda Nova constatou-se que, no que respeita aos “casos de tuberculose”, 289 (97%) têm Centro de Saúde, 284 (95,3%) estão inscritos, 244 (81,9%) têm médico de família mas apenas 232 (77,8%) utilizam os serviços do Centro de Saúde. Dez (3,4%) recorrem a subsistemas. Quanto aos “casos não tuberculose”, 440 (97,3%) têm Centro de Saúde, 436 (96,5%) estão inscritos, 415 (91,8%) têm médico da família e 408 (90,3%) utilizam os seus serviços. Vinte e nove (6,9%) recorrem a subsistemas.

Avaliando estes mesmos dados no CDPA, verifica-se que, nos “casos de tuberculose”, 261 (80,6%) têm Centro de Saúde, 196 (60,5%) estão inscritos, 237 (73,1%) têm médico de família e apenas 211 (65,1%) recorrem aos serviços do Centro de Saúde. Trinta e cinco (10,8%) recorrem a subsistemas. Quanto aos “casos não tuberculose”, 475 (89,1%) têm Centro de Saúde, 469 (88%) estão inscritos, 453 (85%) têm médico de família e 384 (72%) utilizam-no. Trinta e cinco (6,6%) recorrem a subsistemas.

Finalmente, quanto à orientação dada aos “casos não tuberculose”, no CDPVN 209 (46,2%) pessoas foram classificadas, isto é, têm diagnóstico e são seguidas regularmente na consulta, 33 (7,3%) estavam em estudo, 130 (28,8%) tiveram alta por perdido de vista e 80 (17,7%) alta por doença pulmonar não confirmada. No CDPA, 265 (49,7%) pessoas foram classificadas, 206 (38,6%) estavam em estudo, 15 (2,9%) tiveram alta por perdido de vista e 47 (8,8%) alta por doença pulmonar não confirmada.

DISCUSSÃO

Ao avaliarmos estes dados, verificamos que em ambos os CDP's a tuberculose representou perto de 40% do número total de 1ªs consultas ao longo do ano de 1999. No entanto, no CDPVN, e por comparação com o CDPA, o grupo etário dos doentes com tuberculose é mais jovem, muito provavelmente devido à sua deslocação para a periferia da cidade de Lisboa e tem um maior número de doentes de raça negra, o que se deve ao grande número de bairros de imigrantes de origem africana.

Em relação aos “casos não tuberculose”, já não é tão nítida a diferença de idades, continuando a verificar-se, embora menos acentuadamente, um predomínio de doentes de raça negra, pensamos que pelos mesmos motivos acima referidos.

Quanto à acessibilidade verificámos, qualquer que seja a situação clínica da pessoa, que não existem listas de espera, sendo bastante curto o tempo médio de realização da 1ª consulta em qualquer dos CDP's.

A comparação entre os dois CDP's permitiu-nos encontrar algumas diferenças importantes não só no que respeita à origem dos doentes mas também quanto ao local da 1ª consulta e do diagnóstico dos “casos de tuberculose”.

Pelo que diz respeito à sua origem, no CDPVN o número de doentes enviados pelo hospital foi inferior em cerca de 10% ao CDPA e nos casos de iniciativa dos CDP's foi superior em cerca de 8%. As diferenças não se revelaram importantes no que se refere aos “casos não tuberculose”.

Quanto ao local da 1ª consulta e do diagnóstico dos “casos de tuberculose”, o CDPVN tem um número inferior de 1ªs consultas em relação às efectuadas no hospital, mas é mais eficaz no diagnóstico da doença, não só em relação ao hospital mas também em relação ao CDPA, o que pode reflectir uma diferença de coordenação entre o Hospital Fernando da Fonseca e o CDPVN do que aquela que existe entre os Hospitais Cívicos e o CDPA. Com efeito, enquanto que no primeiro a ida de um caso suspeito ao Serviço de Urgência não

conduz, na maioria das vezes, ao seu internamento mas sim ao seu encaminhamento para o CDPVN, o mesmo não acontece nos Hospitais Cívicos, onde é muito mais frequente o internamento dos casos de tuberculose.

O tempo decorrido entre o início das queixas, a realização da 1ª consulta e o início do tratamento nos “casos de tuberculose” é muito longo em qualquer dos CDP’s, o que, para os autores, está mais relacionado com a pouca importância que os doentes dão às suas queixas, mesmo depois de sensibilizados, do que à eficácia dos Serviços em avaliação. Em 1998, foi criado um documento de interligação, notificação, entre o Hospital e os CDP’s, onde o Hospital alerta o CDP respectivo para o envio de um “caso de tuberculose”. Mesmo assim, e por vários motivos, há casos em que não se consegue conduzir o doente à consulta do CDP.

Quanto à relação das pessoas com os Centros de Saúde, existem diferenças significativas entre os dois Serviços e também entre as situações clínicas.

Assim, no CDPVN existem mais pessoas inscritas nos Centros de Saúde do que no CDPA, um maior número tem médico de família e uma percentagem mais elevada utilizam os seus serviços, sendo muito maior esta “adesão” aos Centros de Saúde nos “casos não tuberculose” do que nos “casos de tuberculose”.

Para terminar, verifica-se, quanto à orientação dada aos “casos não tuberculose”, que o CDPA tem um número muito elevado de doentes ainda em estudo e um número diminuto de doentes com alta por perdido de vista, em comparação com o CDPVN, o que reflecte, muito provavelmente, uma revisão não tão regular dos processos no activo, ao contrário do que se passa no CDPVN.

Face ao exposto, podemos concluir que:

- ❑ o acesso e a acessibilidade a estes dois Centros de Diagnóstico Pneumológico do distrito de Lisboa são bons;
- ❑ os hospitais são as principais fontes de doentes com tuberculose, sendo esse aspecto mais evidente no CDPA;

- ❑ os Centros de Saúde são os grandes “encaminhadores” de doentes com outras patologias que não a tuberculosa;
- ❑ há necessidade de uma maior sensibilização da população para a tuberculose, de modo a permitir uma redução do tempo de actuação dos CDP’s;
- ❑ um número importante de doentes com tuberculose não utiliza os Centros de Saúde nem tem médico de família, o que também é mais notório na área do CDPA;
- ❑ existe um número importante de casos com alta por perdido de vista ou por doença pulmonar não confirmada, particularmente no CDPVN, o que nos leva a questionar os critérios de envio destas pessoas a essas consultas;
- ❑ é muito importante a revisão regular dos processos clínicos no activo para eliminar aqueles que deixaram de frequentar os nossos Serviços;
- ❑ este trabalho demonstra uma boa interligação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, na área respiratória, o que nos incentiva para a sua manutenção e procura de novos interlocutores.